



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



345623
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 2 / 1 1 0 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7735386

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 4 / 1 0 8 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
2 4 / 1 0 7 / 1 2 0

1-Registro ANS
408414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 0 7 9 5 0 1

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CRISTIANE VIEIRA BATISTA

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE VIEIRA BATISTA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL

18-Número no CRO
86554

19-UF
SP

20-Código CBO S
02

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 0 3 3 6 0 8 0 8 6 7

22-Nome do Contratado Executante
MARCELO SHIWA

23-Número no CRO
86554

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MARCELO SHIWA

27-Número no CRO
86554

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Tabella
31-Código do Procedimento

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dental/Região
44

34-Face
O 1

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização
24/10/2020

41-Molho da Glúea 42-Aus. Glúea

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
24/10/2020	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	6 1 1 0 0	0 1 0 0	

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/10/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/10/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/10/2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa